

（あて先）那珂川市長

申請者（受診者本人） 住所 那珂川市

氏名 印

## 初回産科受診料助成金交付申請書兼請求書

下記のとおり、初回産科受診料助成金について申請及び請求します。

なお、本事業に必要な情報を市と医療機関等が共有すること、及び申請者が属する世帯の課税状況等について調査をすることに同意します。

## 記

## 1 受診者情報

ふりがな 受診者氏名		生年 月 日	年 月 日
住所 *申請者と同じ 場合は記入不要	那珂川市		
受診日	年 月 日	申請金額	円
		助成決定額 (那珂川市記入欄)	円

## 2 助成金振込先（申請者と同名義）

	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 所
	普通 ・ 当座	口座番号
口座名義人	フリガナ	

## 3 添付書類

(1) 医療機関が発行する領収書(初回産科受診料に係る診療明細書を含む。)

(2) 妊娠と診断されたことがわかるもの（エコー写真、検査結果等）

※医療機関発行の妊娠届出書がある場合は不要。

(3) 本市で世帯の課税状況が確認できない場合は、同等の所得水準が確認できる書類